**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE PRESTAM SERVIÇOS À INSTITUIÇÃO**

(Favor preencher em ordem alfabética e identificar os médicos estagiários, residentes e estrangeiros)

**Atenção: Caso o corpo clínico seja superior a 20 (vinte) profissionais, favor encaminhá-lo em Formato Word ou Excel (ou outro formato equivalente) para o e-mail empresas.crmmg@portalmedico.org.br identificando a empresa com Razão Social e CNPJ.**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL:** |
| **RESPONSÁVEL TÉCNICO:** |
| **Nome** | **Nº de CRMMG** | **Especialidade(s)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |